...ARO Medical Library

SECHS OVARIOTOMIEN.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHÜLFE,

WELCHE

NEBST BEIGEFÜGTEN THESEN

MIT ZUSTIMMUNG DER HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT
DER UNIVERSITÄT GREIFSWALD

AM SONNABEND, DEN 7. AUGUST 1880,

MITTAGS 12 UHR,

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

WILHELM ECKARDT

AUS SCHWARZBURG-RUDOLSTADT.

OPPONENTEN:

A. BUCHTERKIRCH, DR. MED. ET PRACT. ARZT.
O. FEYER, DRD. MED.
A. HEEP, CAND. MED.

GREIFSWALD.
DRUCK VON CARL SELL.
1880.

SEINER

THEUREN MUTTER

IN LIEBE UND DANKBARKEIT

GEWIDMET

VOM

VERFASSER.

Vielleicht erscheint es Manchem überflüssig, zu der Masse der über Ovariotomien erschienenen Schriften und zu der Zahl der veröffentlichten Operationen neue hinzuzufügen. Wenn ich dies trotzdem unternehme, so mag mir der Umstand zur Entschuldigung dienen, dass gerade die Operation der Ovariotomie in demselben Grade, wie alle andern grossen chirurgischer Eingriffe, durch das neue antiseptische Verfahren von Lister in ganz neue Bahnen gelenkt worden ist, und dass die Statistik über die Resultate der neuen Methode in den wenigen Jahren seit seiner Einführung noch nicht völlig abgeschlossen sein kann.

Das Ergebniss der Statistik, die in früheren Jahren vor der Anwendung der Asepsis, wenigstens vor der allgemeinen Anwendung, aufgestellt ist, war ein für Deutschland relativ ungünstiges; denn nach Olshausen waren bis 1876 von 613 durch die verschiedensten deutschen noch lebenden Operateure aus-

geführten Ovariotomien nur 353, also 57 % Genesungen zu verzeichnen, während die englischen Operateure, wie Spencer Wells 74,7 % und Keith sogar 84,7 % Genesungen erzielten.

Die Statistik der letzten Jahre wird nach meiner Ansicht ein ganz anderes Bild darbieten, namentlich für Deutschland ein bedeutend besseres Resultat ergeben; und zwar glaube ich, dass dieses Ergebniss, abgesehen von der grösseren Erfahrung und besseren Kenntniss der Operateure, hauptsächlich dem aseptischen Verfahren zuzuschreiben ist. Denn, wenn auch noch nicht überall und in allen Fällen das Lister'sche Verfahren gebilligt und angewandt wird, so glaube ich doch kaum, dass jetzt in Deutschland eine Ovariotomie ohne Berücksichtigung desselben ausgeführt wird.

Einen kleinen Beitrag zu dieser Statistik zu liefern, soll nun der Zweck dieser Arbeit sein.

Die sechs Ovariotomien sind innerhalb dreier Monate des verflossenen Winter-Semesters in der hiesigen geburtshülflichen und gynäkologischen Klinik von Herrn Geh. Rath Pernice ausgeführt worden.

Bevor ich zu den Fällen selbst übergehe, sei es mir gestattet, um spätere Wiederholungen zu vermeiden, die Art und Weise der Operation, sowie der Vor- und Nachbehandlung, wie sie in der hiesigen Klinik gehandhabt wird, natürlich nur, soweit sie feststeht, kurz zu beschreiben.

Was zunächst die Vorbereitung zur Operation

betrifft, so ist darüber, um jede Infection möglichst zu verhindern, folgendes festgestellt:

Die Operation findet nur in Gegenwart weniger Personen statt.

Keiner der Anwesenden darf die letzten Tage vorher mit einer an Puerperalfieber oder irgend einem andern verdächtigen Leiden erkrankten Person, ebensowenig mit Leichen oder Leichentheilen in Berührung gekommen sein.

Der Operateur und die Assistenten sind mit ganz frischer Wäsche angethan und haben kurz vorher ein warmes Bad genommen. Während der Operation haben sie sich des Rockes entledigt.

Vor dem Eintritt in das Operationszimmer haben sich sämmtliche Personen Hände und Arme mit 5% Carbolsäure gründlich desinficirt.

Alle irgend nöthigen Instrumente sind am Tage vor der Ovariotomie noch einmal nachgesehen und in 5% Carbollösung gereinigt, ebenso werden sie kurz vor der Benutzung noch einmal in 2procentiger abgespült.

Die Seide, welche vorher in 5% Carbollösung gekocht ist, ebenso die durch längere Behandlung ganz aseptisch gemachten Schwämme und andere irgend wie nöthigen Gegenstände liegen in 2% Carbollösung bereit.

Die Ovariotomie selbst findet in einem eigens für derartige Operationen reservirten luftigen Zimmer der gynäkologischen Klinik unter Dampfspray statt;

doch werden zur Aushülfe immer einige Handspray's im warmen Wasserbade bereit gehalten.

Was nun die zu Operirenden anbelangt, so bekommen dieselben einige Tage vor der Operation kräftige leicht verdauliche Kost und leichte Abführmittel. Den letzten Tag vor der Operation wird durch Ricinusöl und Darmrohr der Darm gehörig entleert, und am betreffenden Morgen selbst, nachdem nochmals ein Darmrohr applicirt worden ist, erhält die Pat. 15 Tropfen Tinct. Opii simplex.

Natürlich muss sie auch vor der Operation ordentlich gebadet haben und mit ganz frischer Kleidung und Wäsche bekleidet sein.

Zum Zwecke der Operation liegt Pat. auf dem gewöhnlichen Operationstische; der Leib wird während schon beginnender Chloroformnarcose nochmals gründlich mit 2% Carbollösung gewaschen, und darauf ein für diesen Zweck bereit gehaltenes Gummituch, das in der Mitte einen runden Ausschnitt hat, auf den Leib der Pat. geklebt, wodurch gerade das Operationsfeld freibleibt, alles übrige aber bedeckt und so vor zu grosser Durchnässung geschützt wird.

Der Schnitt wird, wie gewöhnlich, zwischen Nabel und Symphyse möglichst genau in der Mittellinie in einer Länge von 12—15 Ctm. geführt und die Bauchdecken schichtweise durchtrennt. Vor der Eröffnung des Bauchfells werden erst alle Blutungen prompt gestillt. Das Bauchfell wird auf der Hohlsonde gespalten.

Von dem übrigen Theile der Operation, der sich natürlich ganz nach den jeweiligen Umständen modificirt, will ich nur kurz erwähnen, dass unter einfachen Verhältnissen der cystöse Tumor zunächst mit dem Spencer Wells'schen Troicart, wenn nöthig mehrfach, angestochen, sein Inhalt entleert, und er dann, so verkleinert, mit der Balkenzange hervorgezogen wird.

Hat man den Tumor genügend entwickelt, so wird der Stiel, wenn er nicht zu dick ist, in der Regel mit einer langen gestielten Nadel durchstochen und nach beiden Seiten hin mit dauerhafter, gut carbolisirter Seide fest unterbunden. Darauf wird er in entsprechender Entfernung von der Unterbindung durchschnitten und, wenn man an ihm keine Blutungen, die sonst durch Einzelligaturen gestillt werden, mehr bemerkt, versenkt. Ist dies geschehen, so wird sich zunächst von der normalen Beschaffenheit der übrigen Beckenorgane, besonders des andern Ovariums überzeugt, dann die Bauchhöhle sorgfältig mittelst der Schwämme von dem ausgeflossenen Cysteninhalt und etwaigem Blute gereinigt, dabei noch einmal nachgesehen, ob nicht etwa unbeabsichtigte Verletzungen vorgekommen sind, oder es an einer Stelle noch blutet, und die Wunde dann durch einige (4—6) tiefe und mehrere oberflächliche Nähte exact geschlossen.

Es wird hierauf, natürlich immer noch unter Spray, die Wunde mit Protectiv und Salicyljute be-

deckt und dieser erste Verband mittelst circulärer Heftpflasterstreifen befestigt, dann über diesen noch einmal reichlicher Jute gelegt und der ganze Verband mittelst einer grossen Flanellbinde fest geschlossen.

Danach werden die Pat., wenn sie wieder einigermassen aus der Narkose erwacht sind, in ein erwärmtes Bett gebracht und die nächste Zeit in der grössten Ruhe erhalten.

Gegen auftretende Collapserscheinungen, ebenso gegen starke Uebelkeit, Erbrechen und Durst, Affectionen, die gern nach der Operation sich zeigen, wird mit entsprechenden Mitteln vorgegangen, doch wird dabei, wie auch bei der Darreichung von Speisen, darauf Bedacht genommen, dass der Darm in keiner Weise überfüllt wird.

Zum Zwecke der Harnentleerung werden die Pat. in den ersten Tagen cathetrisirt. Am fünften Tage wird durch Darmrohr und Ricinusöl die erste Darmentleerung herbeigeführt.

Bei normalem Verlauf und einfachen Fällen wird frühestens am sechsten Tage der erste Verbandwechsel unter Spray vorgenommen, und dabei in der Regel schon alle Nadeln entfernt.

Bevor die Operirten das Bett verlassen, wird ihnen eine gut passende, fest anliegende Gummileibbinde, um die Insufficienz der frischen Narbe zu compensiren, angelegt, mit der sie später auch entlassen werden.

Was nun die einzelnen Fälle anbetrifft, so fand sich bei den sechs ovariotomirten Personen viermal ein multiloculäres Kystom, einmal eine Parovarialcyste und einmal eine Dermoidcyste.

Die vier Fälle mit multiloculärem Kystom will ich, da bei ihnen die Operation und der Verlauf auch am einfachsten war, vorherschicken.

Fall I.

Die ledige Johanna B., 23 Jahre [illegible]war in ihrer Jugend stets gesund. Menstruirt wurde sie zuerst im 16. Jahre, und die Menstruationen waren bis heute immer normal. Die letzte Regel ist erst vor wenigen Tagen abgelaufen.

Seit ungefähr einem Jahre merkte Pat. eine allmähliche Schwellung ihres Leibes, ohne dass sich Schmerzen oder sonstige Beschwerden eingestellt hätten. Da sie aber der stets wachsende Leibesumfang genirte, liess sie sich am 25. October in die hiesige gynäkologische Klinik aufnehmen.

Pat. ist von leidlich kräftigem Körperbau, guter Ernährung und gesunder Gesichtsfarbe. Die Ausdehnung des Bauches, welche sofort auffällt, entspricht ungefähr dem einer im achten Monate Schwangeren. Durch die Palpation findet man einen fluctuirenden Tumor, der überall gedämpften Percussionsschall giebt und sich nach rechts vom Nabel 19 Ctm. nach links 22. Ctm. weit erstreckt. Auswärts und über der Geschwulst deutlich tympanitischer Schall.

Leibesumfang auf dem Nabel: 82 Ctm.
Grösster Umfang unter dem Nabel: 88 Ctm.
„ „ auf dem proc. xiphoid: 68 Ctm.
Entfernung von Symphyse bis Nabel: 20 Ctm.
„ vom Nabel bis proc. xiphoid: 18 Ctm.

Innere Untersuchung: In dem vorderen Scheidengewölbe fühlt man den deutlich fluctuirenden Tumor, zwischen welchem und dem hinter ihm gelegenen Uterus der Finger fast 5 Ctm. eindringen kann. Beim gegen Bauchwärtsdrängen des Tumors bleibt der Uterus an seiner Stelle.

Nach der üblichen Vorbehandlung wird am 5. November 1879, Morgens 9 Uhr, die Operation auf die erwähnte Art vorgenommen. Anfangs traten einige störende Brechbewegungen auf, doch im späteren Verlaufe ist die Narkose gut.

Der Tumor, der vom linken Ovarium ausging, zeigte keine Adhäsionen. Mit dem Troicart angestochen, entleert er circa $^1/_4$ Eimer einer hell-gelben klaren, leicht fadenziehenden Flüssigkeit und kann jetzt leicht durch die Wunde hervorgezogen werden. Der ziemlich lange, gut daumendicke Stiel wird doppelt unterbunden und nach sorgfältiger Reinigung der Bauchhöhle versenkt. Die Bauchwunde wird darauf exact vernäht und der Verband angelegt.

Nach der Operation fühlte sich Pat., abgesehen von leichten Schmerzen in der Wunde, die auch nur 2 Tage anhielten, ganz wohl. Am vierten Tage stellte sich in Folge der Cathetrisation ein leichter

Blasencatarrh ein. Es wurde daher mit Cathetrisiren aufgehört und die Blase zweimal täglich mit einer Lösung von Kal. hypermangan. ausgespült, wodurch die Cystitis bald beseitigt wurde.

Bei dem am sechsten Tage vorgenommenen Verbandwechsel konnten sämmtliche Nadeln entfernt werden. Die ganze Wunde zeigt sich per primam intentionem geschlossen, nur zwei Stichkanäle eiterten, die im Verlaufe der nächsten Tage durch Aetzung auch zur Heilung gebracht wurden.

Am 18. November stellte sich bei der Pat. die Regel ein. Gerade 3 Wochen nach der Operation konnte Pat. mit einer passenden Leibbinde das Bett verlassen und am 4. December wurde sie als geheilt entlassen. Während der ganzen Behandlung war niemals auch nur eine leichte Fiebererregung aufgetreten.

Fall II.

Frau B. aus Stralsund, 73 Jahre alt, war, abgesehen von Verdauungsbeschwerden und aufgetriebenem Leibe, wegen welcher Leiden sie seit 15 Jahren Karlsbad jährlich besuchte, sonst immer gesund.

Vor 2 Jahren bemerkte sie zuerst eine stetig wachsende Geschwulst im Unterleibe, die sich besonders im letzten Sommer stark vergrösserte. Durch eine Punction war ihr vor 6 Wochen ungefähr 8 Liter einer zähflüssigen grünlichen Flüssigkeit

abgelassen worden. Die Geschwulst fing jedoch bald wieder an zu wachsen und Pat. fühlte, dass ihre Kräfte nachliessen. Sie liess sich deshalb am 6. Nov. in die hiesige gynäkologische Klinik aufnehmen.

Pat. ist von gracilem Körperbau. Der Bauch ist stark aufgetrieben, der Nabel verstrichen, die linea alba pigmentirt. Durch die Palpation fühlt man in der Mittellinie eine grosse schlaffe Cyste, links von der linea alba eine zweite überfaustgrosse mit straff gespannter Wandung, rechts neben dem Nabel eine dritte von der Grösse eines Kinderkopfes, sämmtliche deutlich fluctuirend. Harte Massen sind nirgends zu fühlen. — Die Percussion ergiebt in der regio hypogastrica beiderseits tympanitischen, nach der Mittellinie zu aber gedämpften Schall. Die Dämpfung reicht nach oben 8 Ctm. weit über den Nabel, nach links von der linea 14, nach rechts 16 Ctm. weit.

Leibesumfang auf dem Nabel . . .	89½	Cmtr.
Umfang unter dem Nabel	90	„
„ zwischen Nabel und Schwertfortsatz	86	„
Entfernung von der Symphyse zum Nabel	20	„
„ vom Nabel bis zum Schwertfortsatz	16	„
„ vom Nabel bis zur spina ant. sup. beiderseits . . .	20	„

Die innere Untersuchung ergiebt den Uterus

senil und retrovertirt. Durch das Scheidengewölbe ist von der Geschwulst nichts zu fühlen.

Diagnose: Multiloculäres Ovarienkystom.

Am 10. November wird nach den gewöhnlichen Vorbereitungen zur Operation geschritten. Nach der Durchschneidung des Bauchfells zeigt sich die mittlere Cyste unmittelbar dahinter. Einige Adhäsionen mit dem parietalen Blatte des Peritoneums lassen sich leicht lösen. Mit dem Troicart angestochen, entleert sie eine klare, gelbliche, leicht fadenziehende Flüssigkeit. Jetzt wird sie hervorgezogen, bis ein Segment der rechten Cyste erscheint. Auch diese wird punktirt, wobei sich eine grünliche Flüssigkeit ergiesst, und dann hervorgezogen. Hinter ihr nach der Mitte zu, also ungefähr gerade hinter der ersten, zeigen sich noch 2 über faustgrosse Cysten, die ebenfalls punktirt und, nachdem einige dünne Adhäsionen nach hinten mit dem Finger getrennt sind, durch die Bauchwunde herausgebracht werden. Zum Schluss wird auch die linke, straff gespannte Cyste punktirt, hinter welcher eine sechste kleinere liegt, die in toto mit der übrigen Cystenwand hervorgezogen wird. Der jetzt freiliegende gut daumendicke Stiel wird mit der langen Nadel durchstochen und nach beiden Seiten von dem Durchstich, ebenso der Vorsicht halber noch einmal centralwärts in toto unterbunden.

Bei der Toilette der Bauchhöhle fand sich eine ziemlich beträchtliche Menge geronnenen und flüssi-

gen Blutes im kleinen Becken. Die blutende Stelle wurde dicht neben dem Stiele im breiten Muterbande, welches durch Zerren am Stiel etwas eingerissen war, aufgefunden. Durch eine seidene Umstechungsnaht wird die Blutung gestillt, dann nach gründlicher Reinigung der Bauch- und Beckenhöhle der Stiel versenkt, die Bauchwunde geschlossen und der Verband angelegt.

Die Operation, welche beinahe $1^1/_2$ Stunden dauerte, wurde mehrmals durch kurze Brechbewegungen gestört.

Am Nachmittag, ebenso wie die folgenden 2 Tage nach der Operation klagte Pat. beständig über grosse Unruhe; sie konnte Nachts trotz gereichten Morphiums nur wenig schlafen; dazu gesellten sich noch heftige Schmerzen im Leibe, ferner beständige Uebelkeit und Erbrechen aller Speisen. Am dritten Tage jedoch, nachdem Pat. die vorhergehende Nacht etwas mehr schon geruht hatte, besserte sich der Zustand durchaus, und während der weiteren Behandlung stellten sich keine unangenehmen Erscheinungen ein. Am fünften Tage wird, wie gewöhnlich, für Stuhlgang gesorgt, nachdem schon Tags vorher mit der Cathetrisation aufgehört werden konnte. Die Wunde zeigte sich beim ersten, am sechsten Tage vorgenommenen, Verbandwechsel vollständig geschlossen, alle Nähte konnten entfernt und Pat. am 4. Nov. als geheilt entlassen werden.

Bis auf eine leichte Temperaturerhöhung in den

ersten Tagen (auf 37,9) war während der ganzen Nachbehandlung keine Spur von Fieber zu constatiren.

Fall III.

Friederike K., 45 Jahre alt, menstruirte immer regelmässig. Die letzte Regel hatte sie vor 3 Wochen. Eine Geburt, die sie vor 15 Jahren durchmachte, verlief ganz normal. Seit 4 Jahren merkte Pat. eine allmähliche Zunahme ihres Leibes, die sie in der letzten Zeit bei der Arbeit hinderte. Da sich auch noch Schmerzen in der rechten Seite hinzugesellten, liess sie sich am 18. December in die gynäkologische Klinik aufnehmen.

Pat. ist von kräftigem Körperbau und sieht gut genährt aus. Der Bauch ist stark ausgedehnt durch eine deutlich fluctuirende Geschwulst, die bis drei Finger breit über den Nabel hinaufreicht. In der Bauchhaut zahlreiche alte Narben und eine Anzahl dilatirter Venen. Die linea alba ist pigmentirt, der Nabel verstrichen.

Schon durch das Gesicht kann man 3 Tumoren unterscheiden. Der eine in der rechten Seite erstreckt sich nach rechts bis zum Darmbeinkamme, nach links bis 2 Finger breit von der Mittellinie, der zweite auf der linken Seite liegt etwas tiefer, wie der erste, reicht aber ebenfalls bis zum Darmbeinkamme. Der dritte, kindskopfgrosse, liegt ungefähr in der Mittellinie. Alle 3 Tumoren haben entschieden flüssigen Inhalt. In dem grössten ist

rechts über dem Nabel von Zeit zu Zeit ein deutliches Schwirren zu fühlen; an dieser Stelle hat Pat. auch hin und wieder Schmerzen. Dicht über dem linken horizontalen Schambeinast liegt noch ein vierter ziemlich fester Tumor von Apfelgrösse.

Leibesumfang auf dem Nabel: $100^1/_2$ Ctm.

„ eine Hand breit unter dem Nabel: $101^1/_2$ Ctm.

Entfernung zwischen proc. xiphoid. und Symphyse: $44^1/_2$ Ctm.

„ vom Nabel bis spina ant. sup. links: $28^1/_2$ Ctm.

„ „ „ „ „ „ „ rechts: 27 Ctm.

Bei der innern Untersuchung ist von dem Tumor nichts zu fühlen. Der Uterus ist retrovertirt, nicht vergrössert. Durch Probepunktion mit einer grossen Pravaz'schen Spritze wird eine dunkel grünlich-bräunliche fadenziehende Flüssigkeit entleert.

Diagnose: linkseitiges multiloculäres Ovarienkystom.

Am 5. Januar wird die Ovariotomie ausgeführt. Die Cysten werden punktirt und entleeren eine braun-grüne fadenziehende Flüssigkeit. Nach viermaliger Punktion ist die ganze Geschwulst verkleinert, dass sie durch die Bauchwunde hervorgezogen werden kann. Der ziemlich lange, mässig dicke Stiel wird doppelt unterbunden und versenkt; darauf die Bauchhöhle sorgfältig gereinigt, die Wunde vernäht und der Verband angelegt.

Von der Nachbehandlung ist zu bemerken, dass bei der Pat. sich am zweiten Tage Fieber zeigte.

Die Temperaturen waren Morgens 38,0, Nachmittags 39,0 und Abends sogar 40,0° C. Am folgenden Morgen jedoch waren vollständig normale Temperaturen, die auch während der ganzen weiteren Behandlung blieben. Am sechsten Tage wurde wie gewöhnlich der erste Verbandwechsel vorgenommen. Die Nadeln konnten sämmtlich entfernt werden. Die Wunde war vollständig geschlossen und es zeigte sich keine Spur von Eiterung. Vom vierzehnten Tage an konnte sich Pat. mit einer Gummileibbinde ausser Bett aufhalten und am 3. Februar geheilt entlassen werden.

Fall IV.

Frau Br., 38 Jahre alt, menstruirte von ihrem fünfzehnten Jahre an, abgesehen von den Geburten, immer regelmässig alle 3 Wochen. Seit dem neunzehnten Jahre verheirathet, machte sie 7 normale Geburten durch; letzte Geburt vor 10 Jahren.

Vor ungefähr 7 Jahren traten bei Pat. zuerst Unbequemlichkeiten und Schmerzen beim Stuhlgang auf, so dass sie längere Zeit genöthigt war, Abführmittel zu nehmen. Seit jener Zeit hat sie wiederholt an Verstopfung gelitten. Eine Zunahme ihres Leibes bemerkte sie erst seit einem Jahre, ohne dass dadurch die Unbequemlichkeiten sich vermehrt hätten.

Am 3. Februar liess sie sich in die hiesige geburtshülfliche und gynäkologische Klinik aufnehmen.

Stat. praes. Der Bauch ist stark ausgedehnt und mit zahlreichen alten und wenig frischen striis bedeckt.

Die linea alba ist schwach braun pigmentirt, der Nabel verstrichen. Ein durch Palpation und Percussion deutlich abgrenzbarer fluctuirender Tumor reicht nach oben bis ungefähr drei Finger breit über den Nabel. An seiner obern Grenze fühlt man rechts verschiedene knollenartige Verhärtungen, fast wie kleine Kindstheile anzufühlen, welche Patientin auch selbst schon vor einem halben Jahre gemerkt haben will. Ein stärkerer Druck auf diese Stelle ist schmerzhaft, während der Bauch im Uebrigen ganz unempfindlich ist.

Zu beiden Seiten, ebenso oberhalb des ungefähr mannskopfgrossen Tumor ist tympanitischer Percussionsschall.

Leibesumfang	auf dem Nabel	88 Cmtr.
„	eine Hand breit unter dem Nabel	92 „
„	zwischen Nabel u. Schwertfortsatz	85 „
Entfernung	von der Symphyse bis zum Nabel	$19^1/_2$ „
„	vom Nabel bis zum Schwertfortsatz	$17^1/_2$ „
„	vom Nabel bis zur spina. ant. sup. rechts	$20^1/_2$ „
„	vom Nabel bis zur spina ant. sup. links	19 „

Die innere Untersuchung ergiebt einen mässig weiten Scheideneingang. Die portio vaginalis steht ziemlich tief und etwas nach rechts. Der Uterus, etwas anteflectirt, ist von dem Tumor abzugrenzen. Durch die vordere Scheidenwand fühlt man die Geschwulst und kann eine deutliche Fluctuation derselben constatiren: Bewegungen des Tumors pflanzen sich auf den Uterus nicht fort.

Diagnose: rechtseitiges multiloculäres Ovarienkystom.

Am 16. Februar, Morgens 9 Uhr wird zur Operation geschritten. Trotz des starken Fettpolsters ist die Blutung nur gering und wird die linea alba leicht gefunden. Der Tumor geht ohne jede Adhäsion mit kurzem, dünnen Stiele vom rechten Ovarium aus, wird seines Inhalts zum Theil durch Punktion entleert und lässt sich dann leicht durch die Oeffnung hervorziehen. Der Stiel wird doppelt unterbunden, ohne Blutung durchtrennt und dann versenkt, hierauf die Bauchhöhle sorgfältig gereinigt und die Wunde geschlossen. — Eine geringe Verzögerung trat noch dadurch ein, dass einige tiefe Nadeln anfangs zu locker angelegt waren und deshalb erneuert werden mussten. — Nach exactem Verschluss der Bauchwunde wurde der Verband in gewohnter Weise angelegt, Pat. abgetrocknet und in ein erwärmtes Bett gebracht.

Die Narkose war nur bei der Durchtrennung

des Bauchfells durch Brechbewegungen gestört worden, die ganze Operation in $^3/_4$ Stunden beendet.

Das Befinden der Patientin war sowohl kurz nach der Operation, als auch in der ganzen Nachbehandlung ein recht gutes. Ausser einer leichten Temperaturerhöhung auf 37,8 und 38,0 % die ersten 2 Tage war keine Spur von Fieber aufgetreten. Ein leichter Blasencatarrh hatte sich in Folge der Cathetrisation eingestellt, doch wich derselbe mehrmaliger Ausspülung der Blase mit $^1/_2$ % Carbollösung bald. Auch eine Anschwellung und Schmerzhaftigkeit der Leistendrüsen trat nacheinander erst links, dann rechts auf. Durch Einreibung mit unguent. ciner. und durch hydropathische Umschläge wurde das Leiden jedoch nach 2 bis 3 Tagen beseitigt. Die Wunde war beim ersten Verbandwechsel total durch prima intentio geschlossen, so dass alle Nadeln entfernt werden konnten. Am sechszehnten Tage nach der Operation konnte Pat. das Bett verlassen und am 13. März als geheilt entlassen werden.

Vergleichen wir zunächst diese 4 Fälle untereinander, so finden wir, dass dieselben in verschiedenen Punkten übereinstimmen. Alle 4 Pat. boten relativ einfache Verhältnisse bei der Operation dar. Nach der Eröffnung der Bauchhöhle lag der Tumor, der bei allen zu der gutartigen Form des Kystoma proliferum glandulare gehörte, ohne jede, wenigstens ohne jede erheblichere, Adhäsion vor. Der Stiel

war bei allen fast von derselben Dicke und konnte leicht unterbunden werden. Bei den 3 ersten Fällen war der Tumor vom linken, bei Frau Br. vom rechten Ovarium ausgegangen. Was die Form der einzelnen Kystome anbetrifft, so war bei Fall I und IV eine Cyste besonders entwickelt, im Verhältniss zu der die übrigen klein und unbedeutend waren. Bei diesen Fällen brauchte darum auch der Tumor, um ihn aus der Bauchhöhle herauszubringen, nur einmal punktirt zu werden. Bei Fall II und III dagegen war der Tumor aus mehreren grösseren Cysten zusammengesetzt, so, dass bei Frau B. 5 und bei Friederike K. 4 Punktionen vorgenommen werden mussten, ehe die ganze Geschwulst entwickelt werden konnte. Aus dem Vorverlauf war zu bemerken, dass bei allen Pat. keine bedeutenderen Beschwerden von Seiten des Tumors zu constatiren waren. Denn, wenn auch Fall II schon seit 15 Jahren über Verdauungsbeschwerden und aufgetriebenen Leib und ebenso Fall IV über Unbequemlichkeit und Schmerzen beim Stuhlgang zu klagen gehabt hatten, so macht eben die lange Dauer ihrer Leiden im Verhältniss zu der Zeit, wo sie zuerst das Auftreten einer Geschwulst im Leibe bemerkt hatten, den Zusammenhang zwischen ihren Beschwerden und dem Tumor fraglich.

Bei keiner der betreffenden Pat. übrigens hatte sich ein Einfluss der Ovarialaffection auf die Menses gezeigt. Alle hatten bis zur Zeit der Operation

immer regelmässig ihre Menstruation gehabt, Frau B. natürlich ausgenommen, die wegen ihres hohen Alters und längst eingetretener Menopause nicht mit in Betracht kommen kann.

In Betreff der Frau B. glaube ich noch erwähnen zu müssen, dass Ovariotomien bei Personen in diesem Alter jedenfalls zu den grössten Seltenheiten gehören. Leider fehlt mir das Material, um eine Statistik der in diesem Alter vorgenommenen Operationen und des Verlaufs derselben zusammenstellen zu können. Dass die Zahl derselben aber nicht zu gross werden dürfte, dafür spricht schon der Umstand, dass Spencer Wells unter seinen ersten 500 Ovariotomien keine Person, deren Alter das siebsigste Lebensjahr überschritten, operirt hat. Interessant ist bei dem Falle der Frau B. ferner noch der Umstand, dass sie überhaupt erst seit zwei Jahren also seit ihrem 71. Lebensjahre die Geschwulst bemerkte.

Was den Verlauf der Fälle nach der Operation anbelangt, so war derselbe, abgesehen von grösseren oder geringeren subjectiven Beschwerden und leichten Temperaturerhöhungen in den ersten 2 Tagen bei Allen ein ganz zufriedenstellender.

Die Wunden zeigten sich alle beim ersten Verbandwechsel per primam geschlossen, und nach vierzehn Tagen bis drei Wochen nach der Operation waren alle 4 Pat. so weit, dass sie ausser Bett bleiben konnten.

Etwas anders, wenn auch ganz günstig, verlief der folgende nicht so einfache Fall, dessen Krankengeschichte ich hier gleich anschliessen will.

Fall V.

Frau Th., 36 Jahre alt, ist seit 14 Jahren verheirathet. Zwei Geburten, die letzte vor 10 Jahren, verliefen vollständig normal. Die Menstruationen, welche mit dem 16. Jahre eintraten, waren immer regelmässig. Seit 2 Jahren merkte Pat. eine Zunahme ihres Leibes, die ihr Anfangs keine Unbequemlichkeiten verursachte. In den letzen Monaten wuchs die Geschwulst jedoch schneller, deshalb lässt sich Pat. am 8. November 1879 in die hiesige gynäkologische Klinik aufnehmen.

Stat. praes.: Der Bauch ist durch einen Tumor ziemlich stark ausgedehnt, der Nabel etwas vorgetrieben, die linea alba pigmentirt. Der Percussionsschall auf der Geschwulst ist gedämpft, darüber und zu beiden Seiten davon ist er tympanitisch. Die Geschwulst selbst ist deutlich fluctuirend, härtere Partien sind darin nirgends durchzufühlen. Ueber der Symphyse liegt nach links gedrängt ein klein faustgrosser harter Körper, der von dem Tumor abzugrenzen ist und für den nach links verdrängten, etwas vergrösserten Uterus gehalten wird. Von ihm zieht sich ein fingerbreiter harter Strang über den vorderen Rand der Geschwulst hinweg, der für

das Ligament. ovarii, resp. die Tube gehalten werden muss.

Leibesumfang	auf dem Nabel	$88^1/_2$ Ctm.
„	unter dem Nabel	$94^1/_2$ „
„	zwischen Nabel und proc. xiphoid.	82 „
Entfernung	zwischen Nabel und Symphyse	23 „
„	zwisch. Nabel u. Schwertfortsatz	16 „
„	zwisch. Nabel u. Spina ant. rechts	$22^1/_2$ „
„	„ „ „ „ „ links	$21^1/_2$ „

Bei der innern Untersuchung ergiebt sich: die Scheide ist weich, aufgelockert. Die Vaginalportion steht vorn links. Der Uterus steht beweglich über dem linken horizontalen Schambeinaste; seine Bewegungen theilen sich dem Tumor nicht mit. Das hintere Scheidengewölbe ist von einer kindskopfgrossen Geschwulst ausgefüllt, die deutlich fluctuirt und die Bewegungen der äusserlich fühlbaren Geschwulst mitmacht.

Nach den üblichen Vorbereitungen wird am 14. November die Operation auf die gewöhnliche Art begonnen. Nach der Eröffnung der Bauchhöhle in einer Länge von 15 Ctm. liegt unmittelbar die Cyste vor, über deren vordere Wand sich der schon äusserlich gefühlte harte Strang, die stark gezerrte Tube, hinzieht. Bei der näheren Betrachtung erkennt man, dass der ganze Tumor extraperitoneal zwischen den Blättern des Ligament. latum sitzt. Es wird daher bei der voraussichtlichen Schwierig-

keit, wenn nicht Unmöglichkeit von dem Versuche einer Herausschälung ganz abgesehen. Die Cyste wird einfach mit dem Spencer Wells'schen Troicart angestochen, zum grössten Theile ihres Inhaltes, einer wasserhellen, klaren Flüssigkeit, entleert und dann, so weit es ohne zu grosse Zerrung möglich war, durch die Bauchwunde hervorgezogen. Der hervorgezogene Theil der Cyste wird hierauf mit der Scheere abgetragen, und der freie Rand des Cystenrestes so an den Rand der Bauchwunde genäht, dass Bauchfell an Bauchfell zu liegen kommt. Um einen sicheren Verschluss des Bauchfellsackes herzustellen, mussten im Ganzen circa 40 Nadeln gelegt werden. Eine dabei auftretende ziemlich starke Blutung aus dem obern Wundwinkel wird durch mehrfache Umstechungen und Einschnürungen zum Stehen gebracht.

Der Cystensack wird sodann sorgfältig mit 2% Carbollösung ausgespült, ein längeres Drainrohr eingeführt und darüber ein Jute-Verband angelegt. Die Tiefe des Sackes betrug circa eine Handlänge.

Nach der Operation war Pat. ein wenig collabirt, doch erholte sie sich nach Darreichung von Wein bald wieder. Das Befinden war sonst ein leidliches und blieb es auch während der ganzen Nachbehandlung. Zwar zeigten sich in der ersten Woche regelmässige Temperaturerhöhungen namentlich des Abends bis 38,7° C.; vom neunten Tage an jedoch sind die Temperaturen völlig normal, bis sich am

Ende der fünften Woche abermals anfangs leichtes, allmählig etwas stärker werdendes Fieber einstellt, das ungefähr acht Tage anhält. Das erste Fieber stand jedenfalls mit der Wunde im Zusammenhang, von dem letzteren lässt sich dieses aber kaum annehmen; dasselbe ist wohl einzig und allein die Folge einer damals bestehenden heftigeren Cystitis. Denn während Pat. vom fünften Tage an den Urin spontan ohne irgend welche Beschwerden entleeren kann, klagt sie in der vierten Woche über häufigen Drang zum Uriniren und schneidende Schmerzen dabei. Der Urin ist leicht getrübt und enthält einige Schleim- und Eiterkörperchen. Es wird deshalb die Blase mit einer Lösung von Kal. hypermang. ausgespült, worauf sich der Zustand zu bessern scheint. Am Ende der fünften Woche tritt jedoch unter den schon erwähnten Fiebererscheinungen heftiger Blasenkrampf und Incontinenz des Urins ein. Im Urin zeigen sich grosse Massen von Eiter. Ausspülungen mit $^1/_2\,\%$ später $^3/_4\,\%$ Carbollösung bessern, wenn auch sehr langsam, den Zustand.

Was die Wunde anbetrifft, so zeigt sich bei dem am folgenden Morgen nach der Operation vorgenommenen Verbandwechsel keine Spur von Secretion. Die Höhle wird sorgfältig mit einer 2 % Carbollösung ausgespült und die zurückbleibende Flüssigkeit durch einen Nelaton'schen Katheter mit der Spritze aspirirt. Am Abend derselbe Befund. Trotzdem wurde die nächsten 4 Tage noch zweimal täglich

der Verband erneuert; da sich aber niemals stärkere Secretion zeigt, so wird es auf täglich einmal reducirt. Am zehnten Tage, bis zu welcher Zeit sich der Sack soweit verengert hat, dass man kaum noch mit zwei Fingern eindringen kann, tritt eitrige Secretion auf, in Folge dessen wieder zweimal täglich der Verband erneuert wurde. Von der dritten Woche an brauchte der Verband blos einmal des Tags und in der vierten Woche erst alle zwei Tage gewechselt werden. Die Oeffnung war jetzt so verengt, dass man kaum mit einem Finger eindringen konnte, auch konnte der Drain, der in der vorhergehenden Woche verkürzt war, jetzt bei der ganz geringen Secretion vollständig weggelassen werden. In den nächsten Wochen verkürzt sich die Höhle mehr und mehr, die Secretion ist minimal und die Oeffnung beginnt sich vom obern Rande her durch Granulationsbildung, die durch Lapisätzung gefördert wird, zu schliessen, so dass sie am 4. Februar 1880, dem Tage der ersten Entlassung der Patientin, nur noch eine kleine Vertiefung bildete, die in der letzten Zeit blos mit trockener Watte verbunden worden war. Als nach 2 Wochen sich Pat. zur Beobachtung wieder einstellte, war an Stelle der Fistel nur eine seichte Einziehung der Bauchdecken zu bemerken, die Urinbeschwerden waren fast ganz geschwunden, und am 21. Februar konnte Pat. vollständig geheilt entlassen werden.

Betrachten wir jetzt diesen Fall und das Ver-

fahren dabei etwas näher. Aus dem Befunde der äussern und innern Untersuchung konnte wohl die Diagnose auf einen einkammrigen Tumor, wenn auch nicht mit unfehlbarer Sicherheit, gestellt werden. Vielleicht hätte man die Probepunktion zu Hülfe ziehen müssen; doch gerade die neuere Zeit hat gezeigt, dass man aus der chemischen und microscopischen Untersuchung der Cystenflüssigkeit noch keineswegs über den Charakter und Ursprung einer Cyste ganz aufgeklärt wird, und dabei haben derartige Punktionen oft verschiedene nicht zu unterschätzende Nachtheile zur Folge.

Doch gesetzt den Fall, der Tumor wäre mit Sicherheit als eine uniloculäre Cyste mit nicht colloidem Inhalt erkannt worden, so tritt die Frage an uns heran, was ist in diesem Falle zu thun? Zur Erzielung einer Radicalheilung derartiger Abdominaltumoren sind verschiedene Verfahren in Vorschlag gebracht worden. Zunächst ist die Punktion, als das einfachste, zu erwähnen. Allerdings steht fest, dass gerade diese vom Parovarium ausgehenden oder durch Hydrops des Graaf'schen Follikels bedingten Cysten durch dieselbe zum Verschwinden gebracht worden sind, doch ist man dabei vor Recidiven nie ganz sicher. Verbindet man, wie Boinet in seinem Handbuche der Krankheiten der Ovarien besonders empfiehlt, mit der Punktion Jodinjectionen, so mag dadurch allerdings die Recidivirungsfähigkeit vermindert sein — Boinet selbst wenigstens will unter

100 Fällen 81 Heilungen dadurch erzielt haben, — allein jede Punktion hat ihre grossen Bedenken, von denen ich nur die Gefahr der Verjauchung und Vereiterung einer Cyste, ferner die der Blutung in die Bauchhöhle oder in das Cysteninnere, zuletzt die Möglichkeit einer Darmverletzung erwähnen will, ohne dabei die vollständige Sicherheit einer Radicalheilung bieten zu können. Letzteres thut die seit einigen Jahren zuweilen angewandte Behandlung mit Electrolyse in noch viel geringerem Grade, dafür aber hat sie die erwähnten Nachtheile der Punktion womöglich in noch bedeutenderem Maasse. Schliesslich bleibt noch der Versuch der Ovariotomie und zwar besonders dann, wenn der geringste Zweifel in Betreff der Diagnose besteht. Dank der Vortheile des Lister'schen Verfahrens ist diese Operation ja jetzt auch kaum gefährlicher als die vorher erwähnten Methoden; wenn der Eingriff auch ein um vieles bedeutender ist.

Hat man sich zur Ovariotomie entschlossen, dann ist es allerdings eine etwas andere Frage, was thun, wenn man nach Eröffnung der Bauchhöhle auf Verhältnisse stösst, wie sie unser Fall darbietet. Soll man sich jetzt, wenn man, wie hier, den Tumor als eine stiellose vom Bauchfell bedekte Parovarialcyste erkannt hat; mit einer Punktion begnügen und dann die Bauchwunde zunähen, oder soll man einen Versuch machen, die ganze Cyste, nöthigenfalls mit dem Uterus herauszuschälen, oder aber

drittens ein Segment der Cyste abschneiden und sie selbst mit der Bauchwunde vernähen? Die erst erwähnte Behandlung wäre jedenfalls, da sie ebensowenig Sicherheit, wie die Punktion, in Betreff des Recidiv's bietet, von vornherein zu verwerfen, was aber die beiden andern Verfahren anbetrifft, so lässt sich um den Vorzug streiten. Bedenkt man jedoch, wie mühsam und eingreifend die Total-Entfernung eines derartigen Tumors ist, wie leicht da Verletzungen benachbarter Organe vorkommen können und vor allen Dingen, wie schwer die jedenfalls massenhafte Blutung in der Beckenhöhle zu stillen ist, so ist es leicht begreiflich, wenn ein Operateur davor zurückschreckt und dem letzten Verfahren den Vorzug giebt. In neuerer Zeit ist dieses Verfahren mehrfach angewandt worden und zwar mit gutem Erfolge, wie die von Prof. Müller in Bern veröffentlichten Fälle*) gezeigt haben. Auch Schröder empfiehlt dasselbe, doch will derselbe eine nach der Scheide hin durchgängige Drainage des Cystensackes angewandt wissen. In unserem Falle wurde sich, ebenso wie in den Müller'schen Fällen, mit der einfachen Drainage durch die Bauchwunde begnügt und zwar in der Ueberlegung, dass eine Zersetzung der Secrete, die man ja ausserdem bei stärkerer Ansammlung mit Hülfe einer Aspirationsspritze entfernen könnte, bei strenger Anwendung des Lister'-

*) Correspondenzblatt für schweiz. Aerzte. Jahrg. IX.

schen Verfahrens kaum zu fürchten ist, während gerade durch die Drainage nach der Scheide, wo ein genauer aseptischer Verschluss nicht gut möglich ist, der Infectionsträger in die Höhle gelangen und eine bedenklichere Entzündung hervorrufen könnte.

Die etwas längere Dauer der Reconvalescenz kann Angesichts des verhältnissmässig leichten Eingriffes und des guten Resultates nicht so schwer in's Gewicht fallen, und wenn auch die im Verlauf der Nachbehandlung aufgetretene heftigere Cystitis wohl zum grössten Theile auf eine Reizung der Blase durch den straff angespannten Cystensack zurückzuführen ist, so glaube ich doch, dass eine ähnliche Behandlung bei derartigen Fällen zu empfehlen ist.

Der sechste Fall, der sich in seinem guten Verlauf den vorhergehenden würdig anreiht, ist der folgende:

Fall VI.

Fräulein B., 32 Jahre alt, wurde mit ihrem 16. Jahre menstruirt. Die menses waren stets unregelmässig, stellten sich meistentheils alle 6—8 Wochen ein und dauerten 5—6 Tage. Oft blieben sie auch längere Zeit, bis zu $^3/_4$ Jahren, aus. Die letzte Regel hatte sie im November vorigen Jahres.

Pat. fühlte seit ihrem 15. Jahre, dass ihr Leib stärker wurde, hatte aber keinerlei Beschwerden da-

von. Ein stärkeres Wachsthum spürte sie seit 2 Jahren.

Bei der am 11. Januar 1880 erfolgten Aufnahme in die gynäkologische Klinik ergab sich folgender stat. praes.

Das Abdomen der Pat. ist stark ausgedehnt durch einen Tumor, der sich nach oben hin auf der linken Seite bis dicht an den arcus costarum, rechts um zwei Finger breit tiefer erstreckt. Zwischen Leber und Tumor findet sich noch tympanitischer Percussionsschall, ebenso zu beiden Seiten der Geschwulst. Fluctuation fühlt man nur rechts neben dem Nabel und links oben an circumscripten Stellen, doch auch da nur undeutlich. Sonst fühlt sich der Tumor ziemlich fest an. Rechts neben der linea alba liegt ein gut wallnussgrosser sehr fester Knoten mit höckriger Oberfläche. Der Tumor verschiebt sich bei den Respirationsbewegungen.

Ueber der Symphyse kann man äusserlich den Uterus von der Geschwulst abgrenzen.

Leibesumfang auf dem Nabel . . . . 89 Ctm.
„ eine Handbreit tiefer . . 92 „
„ zwischen Nabel u. proc. xiph. 82 „
Entfernung zwischen Nabel und Spina ant. sup. rechts . . . . $21^1/_2$ „
„ zwischen Nabel und Spina ant. sup. links . . . . $22^1/_2$ „

Innere Untersuchung: Der Douglas'sche Raum ist durch eine breite ziemlich feste, nicht fluctuirende

Geschwulst ausgefüllt, die Vaginalportion nach links verdrängt, der Uterus nicht vergrössert und nach vorne geknickt, gegen die Geschwulst verschiebbar.

Nach der gewöhnlichen Vorbereitungskur wird am 13. Januar die Ovariotomie ausgeführt. Durch einen circa 15 Ctm. langen Schnitt wird die Bauchhöhle eröffnet. Der jetzt vorliegende Tumor entleert, mehrfach mit dem Troicart angestochen, sehr wenig einer äusserst zähen Flüssigkeit und es musste daher von einer Verkleinerung desselben Abstand genommen werden. Nachdem man sich durch das Gefühl überzeugt hatte, dass keine Adhäsionen vorhanden waren und der Tumor mit breiter Basis vom linken Ovarium ausging, wurde der Versuch gemacht, ihn mit dem kleinsten Durchmesser aus der Bauchhöhle herauszubringen.

Als dies gelungen war, wurde der circa 20 Ctm. breite Stiel Schritt für Schritt mit Seide (8 Ligaturen) unterbunden. Bei der darauf erfolgenden Durchschneidung des Stieles löste sich die erste Ligatur und gab zu einer ziemlich lebhaften, doch bald gestillten Blutung Anlass.

Die Herausschaffung des Tumors, die Unterbindung des breiten Stieles und die Stillung der Blutung hatte eine längere Zeit in Anspruch genommen, die Narkose wurde durch wiederholte Brechbewegungen gestört, so dass von der Entfernung eines zweiten noch vorhandenen Tumors vorläufig Abstand genommen werden musste. Dieser, gut

kindskopf gross, ging mit fast ebenso breitem Stiele, wie der erste, vom rechten Ovarium aus, lag weiter nach hinten und ragte in den hinteren Douglas hinein. Es wurde daher nach sorgfältiger Toilette der Bauchhöhle und nach genauer Untersuchung des Stieles, letzterer versenkt, die Bauchhöhle genau geschlossen und der gewöhnliche Heftpflaster-Juteverband angelegt.

Abgesehen von den gewöhnlichen Beschwerden, wie Schmerzen in der Wunde, Brechreiz und starkem Durst, war das Befinden der Pat. kurz nach der Operation leidlich. Am ersten Abend stieg die Temperatur auf 38,4°, Puls 106°, ebenso bleibt auch noch am folgenden Tage die Temperatur etwas über der Norm. Von da an jedoch war der Verlauf ein ganz glatter. Die Wunde zeigte sich am sechsten Tage vollständig geschlossen. Am 25. Januar konnte Pat. zum ersten Male eine zeitlang ausser Bettes sein und am 3. Februar entlassen werden. Ende Februar leidet Pat. an Oedem der linken untern Extremität in Folge einer Thrombose; Bäder bewirken baldige Besserung.

Der entfernte Tumor, auf dessen genauere Beschreibung ich hier nicht eingehen will, war gleich von Anfang an als Dermoid erkannt worden. Er wog 3550 Gramm. Seine grösste Länge betrug $26^1/_2$ Cmtr., seine grösste Breite 17, seine grösste Dicke $8^1/_2$ Cmtr. Das ganze Convolut besteht aus 8 grösseren Cysten, von denen 2 einen mehr zähen

dickflüssigen Inhalt haben, die übrigen theils breiige, theils bröckliche fettige Massen enthalten, die reichlich mit langen Haaren durchsetzt sind. Der oben beschriebenen Verhärtung mit höckeriger Oberfläche entsprechend findet sich ein gut wallnussgrosser Appendix, der mit einer grösseren Cyste in Verbindung steht und an dessen Oberfläche ein Knochenstück mit deutlich erkennbarem Zahn zu bemerken ist. Der Knochen ist mit Schleimhaut überzogen. Mit ihm in Verbindung steht ein kleines zungenartiges Gebilde, auf dessen Oberfläche Haare gewachsen sind und in dessen Schleimhautüberzug sich Talgdrüsen finden. Auf der Innenwand der Colloidcysten liegen bröckliche, leicht abzuschälende Massen, die zum grössten Theile aus wohlgebildetem Cylinderepithel bestehen. Im Uebrigen sind die Cystenwände mit undeutlichem Plattenepithel überzogen. Der Tumor war also eine Mischgeschwulst von Dermoid und Kystom.

Bei dem bekanntlich meist langsamen Wachsthum der Dermoide muss es ganz unbedenklich erscheinen, dass der zweite kleinere Tumor in der Bauchhöhle zurückgelassen worden ist, zumal da die vorliegenden Umstände eine längere Dauer der Operation zu misslich erscheinen liessen und durch die Herausnahme des grösseren Tumors der eigentliche Zweck der Operation erreicht wurde.

Sollte sich ja im Verlaufe der nächsten Jahre der Tumor stärker vergrössern und der Pat. Be-

schwerden machen, so ist die Prognose einer eventuellen zweiten Operation durch die erste in keiner Weise verschlechtert worden.

Am Schlusse der Arbeit sei es mir gestattet, Herrn Geh.-Rath Prof. Dr. Pernice für die gütige Ueberlassung des Materials, sowie für die freundliche Unterstützung bei der Arbeit meinen wärmsten Dank auszudrücken.

Lebenslauf.

Wilhelm Otto Albert Eckardt, Sohn des verstorbenen Laboranten Wilhelm Eckardt und dessen Ehefrau Amalie, geb. Walther, evangel. Confession, wurde am 21. März 1856 zu Deesbach im Fürstenthum Schwarzburg-Rudolstadt geboren. Seinen ersten Unterricht erhielt er in der Schule seines Heimathsortes. Mit seinem elften Jahre bezog er das Gymnasium zu Rudolstadt, das er nach bestandenem Abiturientenexamen Ostern 1876 verliess, um sich dem Studium der Medicin zu widmen. Er besuchte hinter einander die Universitäten Jena, Würzburg, Heidelberg und Greifswald. Im Sommersemester 1878 bestand er in Würzburg das Tentamen physicum und am 16. Juni 1880 in Greifswald das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren:

In Jena:

Dr. Bardeleben: Knochen- und Bänderlehre. Angiologie des Menschen.

Hofrath Prof. Dr. Geuther: Experimentalchemie.

Prof. Dr. Preyer: Physiologie.

Prof. Dr. Schäffer: Experimentalphysik.

Prof. Dr. Schwalbe: Präparirübungen. Anatomie des Menschen. Vergleichende Anatomie. Histologie. Ueber Missbildungen.

Prof. Dr. Strassburger: Allgemeine Botanik.

In Würzburg:

Prof. Dr. Fick: Physiologie.

Dr. Flesch: Anthropologie. Topographische Anatomie.

Geh.-Rath Prof. Dr. v. Kölliker: Präparirübungen. Anatomie. Embryologie.

Dr. Stöhr: Cursus der normalen Histologie.

In Heidelberg:

Prof. Dr. Arnold: Allgemeine pathologische Anatomie.

Prof. Dr. Braun: Verbandübungen.

Hofrath Prof. Dr. Czerny: Chirurgische Klinik.

Prof. Dr. Fürbringer: Die wichtigsten Arzneimittel.

Geh.-Rath Prof. Dr. Friedreich: Medicinische Klinik. Krankheiten der Respirationsorgane.

Prof. Dr. Weil: Physikalische Diagnostik. Syphilis und Hautkrankheiten.

In Greifswald:

Prof. Dr. Arndt: Psychiatrische Klinik.

Dr. Beumer: Ausgewählte Kapitel der öffentlichen Gesundheitspflege und Staatsarzneikunde.

Prof. Dr. Grohé: Praktischer Cursus der pathologischen Anatomie. Ueber die Geschwülste.

Prof. Dr. Eulenburg: Arzneiverordnungslehre mit Uebungen im Dispensiren und Receptiren.

Prof. Dr. Hueter: Chirurgische Klinik und Poliklinik. Operationscursus. Chirurgische Diagnostik. Ueber Operationen am Kopfe. Knochenkrankheiten.

Prof. Dr. Mosler: Medicinische Klinik und Poliklinik. Nierenkrankheiten. Kehlkopfkrankheiten.

Geh. Medic.-Rath Prof. Dr. Pernice: Gynäkologische Klinik und Poliklinik. Phantomübungen. Krankheiten der Neugeborenen.

Dr. v. Preuschen: Geburtshülfliche Uebungen am Phantom.

Prof. Dr. Schirmer: Augenklinik und Ambulatorium. Ophthalmoscopische Uebungen. Ausgewählte Kapitel der Augenheilkunde. Augenoperationscursus. Die optischen Fehler des Auges.

Dr. Schüller: Verband- und Instrumentenlehre.

Allen diesen seinen hochverehrten Herren Lehrern spricht Verfasser bei dieser Gelegenheit seinen Dank aus.

THESEN.

I.

Bei Resectionen wegen scrophuloser Gelenkleiden ist die Totalexstirpation der Kapsel den schonenderen Methoden vorzuziehen.

II.

Die zur Behandlung von Milztumoren empfohlenen Faradisation der Milz ist von zweifelhaftem Erfolge.

III.

Bei interligamentös entwickelten subserösen Ovarialcysten ist von dem Versuche einer Totalexstirpation abzusehen und die partielle Excision mit Vernähung des Cystenrestes in die Bauchwunde zu empfehlen.